

con refugiados. Además, existe una gran demanda de mano de obra cualificada pero no de mano de obra no cualificada. Esto significa que cuando los refugiados que llegan son trabajadores cualificados, desempeñan un papel vital para la sostenibilidad local, pero cuando buscan trabajos no cualificados compiten con los ciudadanos daneses autóctonos. Sin embargo, necesitamos seguir investigando para comprender mejor las consiguientes perspectivas de los ciudadanos autóctonos y de los refugiados.

Un municipio que estadísticamente consiga hacerlo mejor a la hora de incluir a los refugiados en el mercado laboral, también se considerará que ha triunfado en lo que respecta a la integración. Pero debido a que las poblaciones rurales de refugiados son a menudo demasiado pequeñas para los estudios estadísticos, no suelen ser incluidas en las encuestas. Por ejemplo, a pesar del profundo compromiso de los municipios insulares de Samsø y Ærø con los refugiados y de que se han visto afectadas por ellos, estas localidades

no se incluyen en los mapas comparativos de empleo para refugiados en Dinamarca, lo que implica que las islas y lo que podemos aprender de ellas no forman parte de los debates sobre la cuestión de la integración. Además, en las estadísticas a menudo se presupone que el trabajo estable y la integración con éxito son factores que dependen el uno del otro, pero no sabemos casi nada acerca de si esa vinculación entre ambos se da en el día a día y de qué manera. El programa de vía rápida nos ofrece la oportunidad de explorar precisamente eso.

Martin Ledstrup ledstrup@sdu.dk

Investigador postdoctoral, Centro de Estudios del Oriente Medio Contemporáneo, Universidad del Sur de Dinamarca www.sdu.dk

Marie Larsen marl@redcross.dk

Consultora de desarrollo, Cruz Roja Danesa <http://bit.ly/DanishRedCross-asylum>

1. Larsen B R, Whyte Z y Fog Olwig K (2015) *Den nye landbefolkning: Asylcentrenes betydning og konsekvens for lokale fællesskaber i danske landdistrikter*, Institut for Antropologi, Københavns Universitet <http://bit.ly/Larsen-Whyte-Olwig-2015>

Integrar a los médicos refugiados a los sistemas sanitarios de acogida

Shahla Namak, Fatin Sahhar, Sarah Kureshi, Fadya El Rayess y Ranit Mishori

Los médicos refugiados se enfrentan a numerosos obstáculos a la hora de ejercer la medicina, a pesar de las importantes contribuciones que pueden hacer.

A pesar de estar sumamente motivados para ejercer la medicina, los médicos refugiados¹ en Estados Unidos y en otras regiones a menudo acaban trabajando en empleos poco cualificados mientras esperan participar en programas de residencia². Es posible que tengan dificultades para comunicarse, proporcionar documentación y verificar su capacitación previa. Esto puede representar una oportunidad perdida no solo para los médicos refugiados, sino también para el propio sistema sanitario del país de acogida, en especial en países o áreas en los que escasean los médicos o en los que existe una gran cantidad de poblaciones de inmigrantes o refugiados.

Los autores de este artículo son antiguos refugiados o solicitantes de asilo, inmigrantes que se trasladaron a Estados Unidos o personas con un pasado relacionado con los inmigrantes o los refugiados. Como profesionales médicos, llevamos esta cuestión en nuestros

corazones y deseamos analizar cómo podemos empoderar y ayudar a los médicos refugiados a unirse a la fuerza de trabajo, para que reanuden sus vidas profesionales e identidades, y ayuden a superar brechas.

Lecciones de otros países

Integrar a médicos refugiados en el sistema sanitario de un país de acogida requiere la participación de diferentes partes interesadas, incluidas asociaciones médicas, servicios de salud regionales y nacionales, organizaciones privadas y universidades. El Reino Unido, por ejemplo, reconoció que para superar una serie de obstáculos, como el reconocimiento de la equivalencia de títulos y capacitaciones, y las normas laborales, se requerían cambios políticos nacionales y locales específicos para permitir a los médicos y odontólogos refugiados ejercer su profesión en el Reino Unido³. Las amplias iniciativas políticas

del Reino Unido incluyeron la creación del Grupo Directivo de Refugiados Profesionales de la Salud que supervisó el desarrollo de programas para ayudar a volver a capacitar a médicos refugiados según las normas del Servicio Nacional de Salud, cubrir los costos de evaluación y reubicar a los médicos en áreas desatendidas. Muchos programas locales ayudaron a los médicos refugiados a registrarse en el Consejo General Médico y a aprobar el examen del Consejo de Evaluación Lingüística para Profesionales. Si bien las leyes de inmigración posteriores hicieron que fuera más difícil para los médicos refugiados ingresar rápidamente a la fuerza de trabajo y permanecer en el Reino Unido de manera permanente, la mayoría de los médicos refugiados que participaron en estos proyectos permanecieron en el Reino Unido para ejercer la profesión.

En 2015, el Gobierno sueco desarrolló un proceso de “seguimiento rápido” para que los médicos refugiados ingresaran a su sistema de salud; durante este proceso, se verificaron rápidamente sus credenciales y se les proporcionó capacitación individual, orientación y clases de sueco. Y en Turquía, la Universidad de Gaziantep y la Organización Mundial de la Salud se unieron para capacitar y emplear a 500 médicos refugiados sirios para ayudar a cuidar a la población de refugiados de Siria, con clínicas locales que brindaban oportunidades para que los médicos se familiarizaran con el sistema de salud turco⁴.

La situación actual en Estados Unidos

Para ejercer la medicina en Estados Unidos, los médicos refugiados deben someterse a un proceso muy intensivo en términos de tiempo, trabajo y finanzas, que incluye certificaciones, evaluaciones, períodos de residencia y concesión de licencias. Si bien quienes apoyan este sistema señalan la necesidad de garantizar la calidad de atención más adecuada y uniforme para los pacientes, otros expertos argumentan que los médicos capacitados en el extranjero poseen competencias clínicas más avanzadas que los médicos capacitados a nivel nacional, ya que han ejercido la medicina en entornos con menos tecnología. Un estudio reciente, por ejemplo, mostró que los pacientes de mayor edad en hospitales de Estados Unidos tratados por Médicos Graduados Internacionales (IMG, por sus siglas en inglés) tenían menos probabilidades de morir dentro de los 30 días de tratamiento que aquellos tratados por graduados capacitados en Estados Unidos⁵.

Se establecieron varios programas privados, públicos y sin fines de lucro para apoyar a los médicos refugiados en Estados Unidos:

La Iniciativa Welcome Back (WBI, por sus siglas en inglés), fundada en 2001, utilizó el grupo inexplorado de IMG que residía en California para proporcionar una atención competente a nivel lingüístico y cultural a las poblaciones locales⁶. Desde entonces, la WBI se expandió hasta convertirse en una red nacional de 11 centros en nueve estados, la cual atiende a casi 15 000 personas de 167 países. Estos centros ofrecen servicios gratuitos a médicos refugiados, incluidos servicios de orientación, asesoramiento profesional, apoyo para obtener credenciales y permisos, asistencia para explorar programas educativos, oportunidades laborales y de voluntariado, y opciones profesionales alternativas. El éxito fue un tanto modesto: el 23 % de los participantes obtuvo empleo en el sector sanitario por primera vez, el 21 % aprobó los exámenes de concesión de licencia, y se aceptó a 87 médicos en los programas de capacitación⁷.

El Programa de Asistencia a Médicos Graduados Internacionales del Departamento de Salud de Minnesota tiene como objetivo aumentar el acceso a la atención primaria en zonas rurales y desatendidas proporcionando una evaluación de preparación clínica de los IMG y financiando a organizaciones sin fines de lucro para ofrecer asesoramiento profesional, experiencia clínica adicional y puestos residenciales de atención médica para IMG dispuestos a ejercer la profesión en áreas desatendidas.

En 2014, Missouri fue el primer estado en aprobar una ley que creó una nueva categoría de “médicos asistentes” licenciados que pueden proporcionar atención primaria bajo la supervisión directa de un médico en un área con pocos profesionales de la salud durante los primeros 30 días, y después de ese período con la supervisión indirecta de un médico que ejerza la medicina dentro de un radio de 50 millas. A pesar de las críticas que surgieron en torno a esta ley⁸, a partir de mayo de 2017, 127 médicos solicitaron la licencia: de ellos, 23 la obtuvieron, 55 fueron considerados no elegibles y el resto bajo revisión.

Numerosas instituciones académicas de Estados Unidos, como la Universidad de California en San Diego y la Universidad de California en Los Angeles, crearon programas para ubicar a médicos familiares multilingües y competentes

a nivel cultural en zonas con grades comunidades de inmigrantes y refugiados.

Recomendaciones

A pesar de la creatividad y del éxito inicial de algunos de estos programas estadounidenses, lo que prácticamente todos tienen en común es su pequeña escala. Comparados con otros países que acogen a refugiados, Estados Unidos queda rezagado en cuanto a esfuerzos concertados para reconocer la capacitación de los médicos refugiados y para encontrar maneras más simplificadas de aprovechar sus conocimientos, talentos, idiomas y sus habilidades para salvar vidas en beneficio de nuestras comunidades. Proponemos lo siguiente:

- Un grupo de trabajo compuesto por partes interesadas del gobierno federal y estatal, organizaciones privadas y públicas, consejos médicos y asociaciones profesionales, así como refugiados médicos para recopilar estadísticas básicas sobre la cantidad de médicos refugiados, sus datos demográficos y especializaciones actuales, y para estudiar los enfoques de otros países, revisar los requisitos de certificación y analizar la integración de los médicos refugiados en diferentes funciones clínicas.
- Incentivos de capacitación para programas de residencia que se enfoquen geográficamente o según las especialidades, de acuerdo con las necesidades de la población local; esto puede incluir la reestructuración de observaciones (aprendizaje por observación), pasantías y becas específicamente adaptadas para los médicos refugiados.
- Facilitar los requisitos para volver a capacitarse como una solución temporal o permanente para algunos, junto con otras medidas para fortalecer las oportunidades laborales que reclutan a médicos refugiados inicialmente en otros roles (para familiarizarse con el sistema estadounidense).
- Una escolaridad más centralizada y una subvención o sistema de estipendio basados en las necesidades para ayudar con la carga financiera significativa de los exámenes de recertificación y de concesión de licencias.
- Programas sólidos y accesibles para proporcionar supervisión y orientación a lo largo del complejo proceso de certificación y de concesión de licencias en Estados Unidos,

así como instrucción sobre el sistema de salud estadounidense.

- Kits de materiales gratuitos y de fácil acceso que incluyan recursos nacionales y estatales, módulos de comunicación, estrategias para realizar exámenes e información sobre el proceso de solicitud.

Por último, lo más importante a destacar es que los propios médicos refugiados deben ayudar a impulsar nuevas iniciativas. Los esfuerzos de desarrollo profesional pueden ayudar a identificar líderes que podrían dirigir programas de apoyo para IMG, buscar asociaciones en planificación estratégica y establecer organizaciones de defensa de IMG (y tal vez asociarse con ellas).

Shahla Namak snamak@wakehealth.edu

Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Escuela de Medicina de Wake Forest

Fatin Sahhar fsahhar@med.wayne.edu

Departamento de Medicina Familiar y Ciencias de la Salud Pública, Escuela de Medicina de la Universidad de Wayne State

Sarah Kureshi sk795@georgetown.edu

Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina de la Universidad de Georgetown

Fadya El Rayess fadya_el_rayess@brown.edu

Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina de Alpert de la Universidad de Brown

1. En este artículo, el término “médicos refugiados” incluye tanto a los médicos refugiados como a aquellos que son solicitantes de asilo.
2. Un período formal de capacitación supervisada para los graduados de la escuela de medicina, que suele durar de tres a cinco años, en el que un médico se especializa en un campo de la medicina.
3. Steward E (2007) ‘Addressing the Challenges Facing Refugee Doctors in the UK’, *Local Economy*, vol. 22 (4) <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/02690940701736868>
4. Özdemir V, Kickbusch I y Coşkun Y (2017) ‘Rethinking the right to work for refugee Syrian healthcare professionals: a call for innovation in global governance’, *British Medical Journal* 357 www.bmj.com/content/bmj/357/bmj.j2710.full.pdf
5. Tsugawa Y J, Anupam B J, Orav E J y Ashish K J (2017) ‘Quality of care delivered by general internists in US hospitals who graduated from foreign versus US medical schools: observational study’, *British Medical Journal* 356 www.bmj.com/content/356/bmj.j273
6. Fernández-Peña J R (2012) ‘Integrating Immigrant Health Professionals into the US Health Care Workforce: A Report from the Field’, *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 14 (3) <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9496-z>
7. Esta cifra se refiere a las 10 700 personas comprendidas en el programa en el año 2012.
8. Por ejemplo, Freeman B D (2016) ‘The Implications of Missouri’s First-in-the-Nation Assistant Doctor Legislation’, *Journal of Graduate Medical Education*, vol. 8 (1) www.jgme.org/doi/10.4300/JGME-D-15-00341.1